 

**医药卫生人员进修（培训）申请表**

姓 名

进修（培训）科目

进修（培训）时间

派送单位

填表日期

**嘉兴市第一医院制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 年 龄 |  | **照 片** |
| 最 高  学 历 |  | | | 毕业专业 |  | | |
| 联系电话 |  | | | 是否党团员 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | |
| 工 作  单 位 |  | | | | 工作单位性质/等级 | | 事业单位/私营  医院等级： | |
| 参加工作时间 |  | | | | 职务或  职称 | |  | |
| 单位进修（培训）管理部门 |  | | | | 单位进修（培训）管理部门联系电话 | |  | |
| 现从事专业 |  | | | | 从事申请进修专业时间 | |  | |
| 医师执业类别/  医师执业范围 | |  | | | 医师执业证编号 | |  | |
| 医生资格证  编码及注册时间 | |  | | | 是否有  大型设备上岗证 | |  | |
| 本人主要经历 | |  | | | | | | |
| 本人专业水平 | |  | | | | | | |
| 进修（培训）目的及要求 | |  | | | | | | |
| 所在单位意见 | | （公章） 年 月 日 | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 进修  （培训）  结  业  鉴  定 | 结业考核评语（专家组填写） | 科室负责人（签字）：  签 章  年 月 日 |
| 结业考核评分（专家组评分） | 结业考核成绩=专业理论成绩\*30%+技能操作成绩\*40%+日常考核成绩\*30% |
| 进 修  主 管  部 门 | 结业证书号码：  （公章） 年 月 日 |
| 备  注 | 1.来院报到时，请提交以下材料的复印件：  （1）医生：身份证、最高学历毕业证&学位证、医师执业证（要显示执业范围那页）、医师资格证、职称证（中级以上需要）、卫生专业技术资格证。  （2）医技：身份证、最高学历毕业证&学位证、医师资格证、医师执业证、相关岗位上岗证、卫生专业技术资格证。  2.医生、医技进修请联系第一医院教学培训部，联系电话：0573-82519520 联系人：徐老师  3.地址：嘉兴市中环南路1882号，邮政编码 314000  注：（1）我院进修视情况提供住宿  （2）我院进修不提供工作衣 | |